

PSYCHOTERAPIA 1 (196) 2021

strony: 75–90

DOI: 10.12740/PT/132247

Anna Bańbura-Nowak¹, Katarzyna Kowara², Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz¹

AUTOSTYGMATYZACJA NA CZAS PRZEMIJANIA — INTERPRETACYJNA ANALIZA FENOMENOLOGICZNA DOŚWIADCZENIA STARSZYCH Kobiet ZMAGAJĄCYCH SIĘ Z DEPRESJĄ W PRZEBIEGU ZABURZEŃ NASTROJU

SELF-STIGMA FOR THE TIME OF PASSING — AN INTERPRETATIVE
PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF THE EXPERIENCE OF OLDER WOMEN
STRUGGLING WITH DEPRESSION IN THE COURSE OF MOOD DISORDERS

¹Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozoficzny, Instytut Psychologii

²Krakowski Instytut Psychoterapii

ageing
autostigmatization
depression

Cel badań: Autostygmatyzacja związana z zaburzeniami psychicznymi może stanowić dodatkową przyczynę cierpienia osób nimi dotkniętych. Naszym zamiarem było poszerzenie przyjętego w literaturze założenia, że zjawisku autostygmatyzacji towarzyszą jedynie negatywne konsekwencje. Podjęliśmy próbę opisanie i zrozumienia sposobów przeżywania siebie i relacji z innymi w kontekście chorowania na depresję, a także poddałyśmy refleksji wielość możliwych znaczeń autostygmatyzacji. **Metoda:** Na podstawie danych zebranych podczas wywiadów indywidualnych z sześcioma kobietami w wieku 60+, hospitalizowanymi z powodu nasilenia epizodu depresji w przebiegu zaburzeń nastroju, przeprowadziłyśmy interpretacyjną analizę fenomenologiczną.

Wyniki: Wyodrębniłyśmy trzy znaczenia, jakie może mieć zaabsorbowanie chorobą i opisałyśmy je w obszarach: (1) Zmaganie się z depresją jako ważny aspekt tożsamości; (2) Depresja jako jeden z aspektów, wokół których zorganizowane jest myślenie o przyszłości; (3) Depresja jako regulator relacji interpersonalnych.

Wnioski: Autostygmatyzacja przejawiała się u badanych w postaci dotkliwej dewaluacji siebie i oswłabienia krytycznymi myślami na swój temat. Wydaje się jednak, że usilne postrzeganie siebie przez pryzmat choroby mogło też pełnić pewne funkcje ochronne: wypełniać pustkę po pełnionych dawniej rolach; zabezpieczać przed konfrontacją z przemijaniem oraz stwarzać przestrzeń do kontaktu z innymi. Na podstawie uzyskanych wyników sformułowałyśmy wskazania do psychoedukacji starszych osób zmagających się z depresją: zachęcanie do tworzenia narracji na temat swojej przeszłości, umożliwienie kontaktu z rówieśnikami dotkniętymi podobnymi troskami, odstępianie od prób zachęcania do zmiany sposobu przeżywania siebie i rewizji autonarracji.

Summary

Objectives: Self-stigma associated with mental disorders can be an additional cause of suffering for those affected. Our intention was to extend the assumption made in the literature that the phenomenon of self-stigma is accompanied by only negative consequences. We made an attempt to describe and understand the ways of experiencing oneself and relationships with others in the context of suffering from depression, and we also reflected on the multitude of possible meanings of self-stigma.

Method: Based on the data collected during individual interviews with six women aged 60+, hospitalized due to the severity of an episode of depression in the course of mood disorders, we conducted an interpretative phenomenological analysis.

Results: We have identified three meanings that preoccupation with an illness may have and described them in the areas of: (1) Dealing with depression as an important aspect of identity; (2) Depression as one of the aspects around which thinking about the future is structured; (3) Depression as a regulator of interpersonal relations.

Conclusions: Self-stigma was manifested in the respondents in the form of a severe devaluation of themselves and the experience of being overwhelmed with critical thoughts about themselves. It seems, however, that the recurring perception of oneself through the prism of the illness could also fulfil some protective functions: filling the void left by former roles; protecting against confrontation with passing and creating opportunities for contact with others. On the basis of the obtained results, we presented suggestions for the psychoeducation of older people struggling with depression: encouraging them to create narratives about their past, enabling contact with peers affected by similar concerns, abandoning attempts to encourage changes in the way of experiencing oneself and revising self-narration.

Wstęp

Trudności wynikające z konfrontacji z przemijalnością i jej oznakami, takimi jak separacja czy żałoba, ujawniają się na nowo we wszystkich fazach życia [1], jednak etap starzenia się może przywoływać je w nowej odsłonie. Niejednokrotnie dochodzi w nim do nagromadzenia utrat (wdowieństwo, choroby i śmierć ważnych członków rodziny, utrata zdrowia) [2]. Ponadto coraz bliższy kres życia zachęca do obejrzenia się za siebie — gdy próbuje się objąć wzrokiem to, co minęło, pojawia się przestrzeń do złożenia przeżytych chwil w spójną całość [3]. Stworzenie tego emergentnego wzoru daje niekiedy poczucie dopełnienia, zwięźzonego aktu — jak gdyby w starości ujawniało się przesłanie „spektaklu” [4, s. 17]. Jednak moment odwrócenia się za siebie może być też punktem wyjścia do narastania rozpaczy, do przeżywania na nowo bólu — tym razem spotęgowanego przez konstatację, że nie ma już czasu, by zacząć od nowa. Erikson [3], autor teorii psychospołecznych faz życia, nazwał te dwa aspekty konfliktu charakterystycznego dla etapu starości integralnością i rozpaczą. Jak przypomina Bugajska [5], te dwa zjawiska nie wykluczają się, ale raczej stanowią bieguny na kontinuum przeżyć. Siłą, która może wyrastać z konfrontacji zarówno z tymi radosnymi, jak i dramatycznymi stanami jest mądrość. Badaczka modyfikuje teorię Eriksona, proponując dodanie do konstruktów jeszcze jednej fazy życia, która poprzedzałaby tę ostatnią, opisaną powyżej. Umożliwiałoby to zniuansowanie etapu starości, który współcześnie może trwać kilka dekad. Przedostatnia faza miałaby przypadać na okres przejścia na emeryturę, które wymusza ustosunkowanie się do poważnych zmian w obszarze codziennych zadań i pełnionych ról społecznych. Antynomią charakterystyczną dla tej fazy życia byłyby zaangażowanie — rezygnacja, a siłą wyrastającą z ich konfrontacji — odwaga niezbędna do mierzenia się z postępującymi zmianami wynikającymi ze starzenia się.

Powodzenie w rozwiązywaniu kryzysów charakterystycznych dla opisanych faz uzależnione jest między innymi od kontekstu społeczno-kulturowego¹, od aktualnych możliwości, od sposobu, w jaki opracowywane były kryzysy w poprzednich fazach życia oraz od zdolności do określenia własnej tożsamości. Warto przywołać w tym kontekście refleksję podjętą przez Śleszyńskiego [10] — wskazuje on na zjawisko zbyt mocnego identyfikowania się z pełnioną rolą (np. pracownika, opiekuna), które pełniąc ochronną strukturyzującą funkcję, może zarazem znacząco ograniczać formowanie się własnej tożsamości. W takiej sytuacji śmierć bliskiej osoby, małżeństwo dziecka czy zmiana statusu życiowego niejednokrotnie poprzedzają załamanie psychiczne, wymuszając rezygnację z „identyfikowania się z rolą, gdy tymczasem brakuje nowej identyfikacji” [10, s. 66]. Jedną z możliwych konsekwencji tej konfrontacji ze zmianami, które jawią się jako zbyt bolesne i trudne do udźwignięcia, jest osunięcie się w melancholię. Kristeva [11] przywołuje w tym kontekście fenomen kobiecego chorowania na depresję — w okresie wczesnej i średniej dorosłości bywa ona ukrywana za aktywnością, pracowitością, działaniem. Te strategie mogą spełniać swoją ochronną funkcję latami, aż organizm zaczyna słabnąć, a osiągnięcie wieku emerytalnego nakazuje porzucić wykonywany do tej pory zawód.

Trudność sytuacji, w jakiej znajduje się wiele starszych osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, m.in. depresją, ujęta została przez Nocka i in. [12], którzy zauważają, że osoby powyżej 70. roku życia, niezależnie od płci, niemalże na całym świecie stanowią najbardziej zagrożoną samobójstwem grupę wiekową, a choroba psychiczna w tej populacji stanowi dodatkowo najsilniejszy czynnik ryzyka odebrania sobie życia. Gatz i Fiske [13] podkreślają wysoką występowalność zachowań autodestrukcyjnych wśród starszych kobiet chorujących na depresję.

Troski związane z wiekiem i chorobą mogą być dodatkowo wzmocnione przez stygmatyzację publiczną (*public stigma*) — obejmuje ona stereotypy i uprzedzenia (np. „depresja jest skutkiem lenistwa”) i dyskryminujące zachowania (jak protekcjonalne traktowanie, próba ograniczania praw) [14]. Jedną z konsekwencji stygmatyzacji osób starszych dotkniętych zaburzeniami afektywnymi bywa brak powodzenia w leczeniu [15]. Przyczyna może leżeć m.in. w unikaniu szukania pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej przez osoby potencjalnie jej potrzebujące z obawy przed byciem wykluczonym i napiętnowanym przez społeczeństwo. Wyjście z choroby może być dodatkowo niezamierzenie utrudnione przez presję ze strony bliskich, którzy zachęcając, by chorujący „wziął się w garść” czy „zajął się czymś”, potęgują poczucie osamotnienia, niezrozumienia i beznadziei [16].

¹ Zdaniem Cruikshank [6] proponowana w debacie publicznej kategoria starości jest niezwykle monolityczna, prowokuje uprzedzenia, oddziela część społeczeństwa od reszty. Moody [7] pisząc o powszechnym zjawisku zaprzeczania starości i przemijania w debacie publicznej, dzieli się ciekawym spostrzeżeniem, że statystycznie w USA więcej jest członków American Academy of Anti-Aging Medicine niż wykwalifikowanych lekarzy geriatrów. Z kolei w Polsce Szarota [8] opisuje powstającą dopiero pedagogikę pro-senioralną wskazując, jak wiele jest niezbadanych obszarów życia osób starszych: „rzadko analizowane są przekonania i wyobrażenia osób starych o osobach starych, czyli nosicielach określonych przekonań i postaw”. Tymczasem, jak zauważa Levy [9], negatywne stereotypy na temat starości formują się na długo przed osiągnięciem tej fazy rozwojowej, a po wkroczeniu w nią zmniejszają wysiłki, by utrzymywać wolę życia (np. starać się o leczenie). Uwzględnienie w badaniach wpływu dyskursu społecznego na formowanie się trudności ze sprostaniem wyzwaniom stawianym przez starzenie się jest zatem niezwykle ważnym tematem wymagającym osobnego opracowania.

Stygmatyzacja nie musi jednak płynąć jedynie z zewnątrz, ale może być również kierowana do siebie samego. Konstrukta ten zyskał nazwę stygmatyzacji osobistej (*personal stigma*) i obejmuje zdaniem Brohan i in. [17] trzy komponenty. Stygmatyzacja postrzegana (*perceived stigma*) odnosi się do sposobu, w jaki — zdaniem chorującej osoby — społeczeństwo postrzega stygmatyzowaną grupę, do której ona należy. Doświadczana stygmatyzacja (*experienced stigma*) dotyczy tego, jak osoba chorująca doświadcza rzeczywistej dyskryminacji i wykluczenia ze strony innych osób. Autostygmatyzacja (*self-stigma*) jest natomiast internalizowanym przez chorującą osobę piętnem, wyrażającym się w poczuciu wstydu, winy, niższości, pragnienia utrzymania w tajemnicy swojej choroby [14].

Jak wskazują Werner i in. [18] stygmatyzacja osobista starszych osób chorujących psychicznie jest poważnym i powszechnym, a jednocześnie zaniedbywanym w literaturze problemem. Szczególnie niewielka jest liczba badań eksplorujących w pogłębiony i jakościowy sposób interesujący nas komponent tego zjawiska — autostygmatyzację. Holm i in. [19] odnotowują, iż jednym z poważnych jej przejawów jest podważanie i wątplenie w realność swoich innych problemów zdrowotnych. Tanaka [20] zauważa, że starsze osoby chorujące na depresję mogą niekiedy doświadczać związanego z nią żalu, poczucia winy, pesymizmu. Do wymienionych trosk dokłada się niemożność pogodzenia się ze swoją mniejszą wydolnością i brakiem sił do pomagania innym.

Yanos i in. [21] dokonali przeglądu opisanych w literaturze interwencji stosowanych wobec chorujących psychicznie osób przejawiających autostygmatyzację. Tym, co łączy proponowane techniki jest chęć redukcji zjawiska i w rezultacie tej zmiany poprawa jakości życia chorującej osoby. Podejście to jest spójne z obecnym w literaturze jednoznaczным uznaniem autostygmatyzacji za wynikającą z internalizacji stereotypów obecnych w społeczeństwie nieadaptacyjną strategię, którą należy zwalczyć czy zmodyfikować [22–24]. W literaturze brakuje natomiast pytania o to, czy i jaką funkcję przystosowawczą może pełnić zjawisko autostygmatyzacji. Próby odpowiedzenia na pytanie o funkcję stygmatyzacji pojawiają się jedynie w kontekście jej odsłony *publicznej* — np. Kurzban i Leary [25] czy Gilbert [26] przypuszczają, że uprzedzenia wobec osób, których zachowanie odbiega od uznanej przez większość normy, mogą być przejawem chronienia się jednostki przed potencjalnym zagrożeniem płynącym z zewnątrz. Psychologowie egzystencjalni, np. May [27] czy Opoczyńska-Morasiewicz [28] zauważają, że budowanie dystansu pomiędzy nami (takimi jak my) a innymi od nas, jest jedną z form radzenia sobie z lękiem przed tym, co obce (gr. *ksenos*). Podobną funkcję pełni ksenofobia; w tym wypadku lęk zostaje przekształcony we wrogość do innego.

Zgodnie z myślą egzystencjalną, w której nasze badanie bierze swój początek, każdy objaw życia psychicznego jest formą bycia, sposobem subiektywnego i historycznego gospodarzenia się w świecie [29]. Zatem również autostygmatyzacja — będąc formą czyjegoś życia — może coś wyrażać, na coś odpowiadać, czemuś zaprzeczać. Zauważając ją, możemy więc zapytać: dlaczego tak musi być? U źródeł tego pytania leży uznanie (*Er-messen*) autostygmatyzacji za znaczący przejaw życia. Niewykluczone, że dopiero na gruncie takiego uznania, któremu nieobce będzie „zauważenie w bólu, w cierpieniu, w chorobie nie czegoś nienormalnego, lecz czegoś naturalnego, immanentnie związanego z życiem” [30, s. 24], mogą pojawiać się inne formy bycia — te mniej dotkliwe. Pewne wydaje się natomiast, że uznając wartość autostygmatyzacji, możemy zapobiegać skutkom

bezrefleksyjnych oddziaływań na rzecz osób nią dotkniętych. Postanowiłyśmy podjąć się zadania opisanego i zrozumienia sposobów przeżywania siebie i relacji z innymi w kontekście chorowania na depresję. Naszym celem było zarysowanie możliwych znaczeń autostygmatyzacji.

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 6 kobiet powyżej 60. roku życia. Osoby te leczyły się stacjonarnie w Oddziale Ogólnopsychiatrycznym w Szpitalu Uniwersyteckim pod opieką dwóch badaczek (jednej zatrudnionej tam na stałe psycholożki i terapeutki, drugiej odbywającej staż w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego — obie jeszcze przed zaproszeniem do badania zdążyły zapoznać się z pacjentami w ramach prowadzonych przez siebie sesji terapeutycznych, zajęć grupowych i spotkań indywidualnych). Spośród 20 seniorów leczących się w okresie prowadzenia badań na dedykowanym starszym osobom odcinku oddziału, do rozmowy zaproszonych zostało osiem kobiet. Leczyły się one z powodu pogorszenia stanu zdrowia towarzyszącego epizodowi depresji, w przebiegu zaburzeń nastroju, takich jak choroba afektywna jednobiegunowa, choroba afektywna dwubiegunowa, organiczne zaburzenia nastroju². Zaproszenie zawierało opis przebiegu badania (informację, że będzie ono miało formę wywiadu indywidualnego trwającego ok. godzinę, w ramach którego badaczka poprosi o „podzielenie się historią życia i psychicznych załamań czy kryzysów, nazywanych chorobą psychiczną”); informację, że zebrane dane posłużą do stworzenia manuskryptu, który będzie opublikowany w czasopiśmie naukowym. Zaproszone osoby były także poinformowane o dobrowolności udziału w badaniu i możliwości rezygnacji z niego w każdym momencie oraz zapewnione o poufności (zmiana imion na pseudonimy, usunięcie szczegółów, takich jak nazwy miast, daty, konfiguracje rodzinne). Dwie osoby odmówiły udziału w badaniu.

Poniżej przedstawiamy krótkie życiorysy badanych — jest to próba dyskretnego zarysowania kontekstu, na tle którego słowa wypowiedziane przez nasze rozmówczynie mogą być usłyszane i zrozumiane przez czytelnika.

Beata ma 71 lat, od kilku lat jest na emeryturze, ma dwoje dorosłych dzieci. Niegdyś w opiece nad pierwszym wspierali ją rodzice. Po tym, jak urodziła drugie dziecko, mąż zaczął nadużywać alkoholu, a u Beaty po raz pierwszy zdiagnozowano depresję. Od śmierci męża była kilkakrotnie hospitalizowana z powodu znacznie obniżonego nastroju.

Irena ma 62 lata i pracuje w księgarni. Ma dorosłe dzieci oraz jednego brata — drugi zmarł przed kilkoma laty. Lata szkolne obfitowały w naukę, sport, przyjaźnie. Zaczęła

² Badane osoby łączy doświadczenie cierpienia psychicznego obecnego w głębokich stanach depresyjnych, które było przyczyną hospitalizacji — choć kobiety otrzymały różne diagnozy z obszaru zaburzeń afektywnych, to ich uwaga koncentruje się na tej odsonie choroby — być może obecny w depresji smutek, zmęczenie, zniechęcenie są bardziej uchwytne jako przyczyna cierpienia niż stan maniakalny czy typowe dla procesu neurodegeneracyjnego pogorszenie funkcjonowania poznawczego. Ponadto właśnie na tych objawach depresyjnych badane osoby szczególnie silnie koncentrują swoją uwagę, także w kontekście obwiniania siebie, wstydu (ta tendencja obecna w trakcie prowadzonych wywiadów została zaobserwowana przez autorki na długo przed podjęciem badań, w ramach prowadzonych procesów terapeutycznych i innych działań pomocowych dla starszych osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi).

chorować na chorobę afektywną dwubiegunową ponad 20 lat temu, gdy charakter pracy zarobkowej męża wymuszał częste rozstania małżonków. Ponowne pogorszenie zdrowia psychicznego nastąpiło kilka lat temu po śmierci męża.

Wanda ma 75 lat, przebywa od kilkunastu lat na emeryturze. Ma dwie siostry oraz syna, który wraz z rodziną jest w trakcie wyprowadzki do własnego domu. Wychowywała się na wsi, zajmowała się gospodarstwem. Ponad 20 lat, aż do emerytury, pracowała w szkole. Po roku od śmierci męża u Wandy po raz pierwszy zdiagnozowano depresję.

Kinga ma 60 lat, mieszka razem z mężem, córką i wnuczką, druga córka mieszka ze swoją rodziną. Ma młodsze rodzeństwo, z którym wychowywała się na wsi, rodzice zajmowali się gospodarstwem rolnym. Zaczęła chorować na depresję kilkanaście lat temu, zaraz po tym, jak zachorowała somatycznie.

Jadwiga ma 71 lat, mieszka z mężem, ma jedną córkę. Pierwszy epizod depresji wystąpił u niej rok temu, zaraz po tym, jak mąż w krytycznym stanie został przewieziony do szpitala. Hospitalizacja męża była pierwszą rozłąką pary małżeńskiej od lat. Aktualnie mąż często odwiedza Jadwigę w szpitalu i spędza z nią czas na przepustkach.

Maria ma 63 lata, mieszka z mężem, ma dorosłe córki, spodziewa się wnuczki. Przez wiele lat pracowała jako pedagog. Łączy ją bliska relacja z dwiema siostrami. Zdiagnozowano u niej chorobę afektywną dwubiegunową ponad 40 lat temu, zaraz po jej rozstaniu z ówczesnym chłopakiem.

Metoda

Zgodę na przeprowadzenie badania wyraziła komisja ds. etyki Instytutu Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz dyrekcja Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Osoby badane, po zapoznaniu się z instrukcją i podpisaniu zgody na udział w badaniu oraz nagranie jego przebiegu, rozpoczynały udział w częściowo ustrukturyzowanym wywiadzie indywidualnym trwającym średnio 45 minut. Przewodnik do wywiadu zawierał poniższe pytania stanowiące punkt wyjścia do opowieści osób badanych.

1. Proszę o podzielenie się historią pani życia;
2. Proszę opisać sytuację, spotkanie, w trakcie którego nie myślała pani o tym, że choruje;
3. Proszę opisać sytuację, spotkanie, w trakcie którego przypominała sobie pani, że choruje.

Na podstawie nagrania audio utworzonego w trakcie wywiadu, sporządzone zostały transkrypcje. Trzy badaczki analizowały zebrane dane z wykorzystaniem metody IPA — interpretacyjnej analizy fenomenologicznej [31]. Metoda ta ma charakter idiograficzny, czyli cechuje ją koncentracja na jednostkowych przeżyciach konkretnych osób, po której można przejść do opisu nomotetycznego, czyli ukazania wspólnych i różnicujących wątków obecnych w wypowiedziach osób badanych. Preferowane są niewielkie grupy badanych, co sprzyja wnikliwej i szczegółowej analizie wypowiedzi konkretnych osób. Odwołanie się do metody bazującej na myśli fenomenologicznej, umożliwiło eksplorację świata przeżywanego (*Lebenswelt*) osób badanych: nie tego, jaki jest, ale jakim się wydaje w aktach intencjonalnego skierowania się ku jego przedmiotom. Jednocześnie drugi kluczowy aspekt metody, czyli jej ugruntowanie w tradycji hermeneutycznej, oznacza, że badacz dokonuje

„przekładu”, przechodząc od powiedzianego do usłyszanego i pomyślanego — czyli od poziomu percepcyjnego i relacyjnego do poziomu sensu [32].

Na początku czytaliśmy kilkakrotnie tekst transkrypcji w celu zapoznania się z całością przeprowadzonych wywiadów oraz ich wstępnego zrozumienia. Z czasem, korzystając z programu NVivo [33], zaczęliśmy dodawać na marginesach własne notatki. Następnie podczas kolejnych odczytów tekstu tworzyliśmy kody — w sposób „oddolny”, bezpośrednio wynikające z danych fragmentów wypowiedzi. Przy ponownej lekturze, gdy zachodziła taka potrzeba, przypisywałyśmy te wygenerowane kody do kolejnych fragmentów tekstu. Następnie wspólnie grupowałyśmy powstałe kody, ostatecznie formułując na ich podstawie tematy ukazujące konteksty, w jakich u osób badanych przejawia się autostygmatyzacja. Analiza tekstu charakteryzowała się częstym powracaniem do wcześniejszych jej etapów i modyfikowaniem powstałych konstelacji kodów i tematów pod wpływem dostrzeganych nowych znaczeń fragmentów wypowiedzi osób badanych.

Omówienie wyników

W następstwie analizy zebranych danych wyodrębniłyśmy trzy obszary przeżywania siebie i relacji z innymi w kontekście zmagania się z depresją w przebiegu zaburzeń nastroju: „Zmaganie się z depresją jako ważny aspekt tożsamości”; „Depresja jako jeden z aspektów, wokół których zorganizowane jest myślenie o przyszłości” oraz „Depresja jako regulator relacji interpersonalnych”.

1. Zmaganie się z depresją jako ważny aspekt tożsamości

Wszystkie badane wyrażają wobec siebie złość za to, że nie są w stanie pełnić już ról życiowych, w których tak dobrze się kiedyś odnajdywały. Wanda wspomina swoją energiczność i oddanie pracy w roli opiekunki oraz zauważa nieznośny kontrast z aktualnym brakiem samodzielności.

Przepracowałam w szkole ponad 20 lat. No trzeba było być naprawdę obrotnym i rezolutnym, trzeba mieć oczy dookoła głowy. Byłam zdrowa. [...] Teraz mam lęk przed wyjściem z domu, takie mam różne inne załamania, po prostu jest mi trudno.

Wszystkie badane podkreślają także kontrast między miejscem, jakie zajmowały w systemie rodzinnym dawniej i teraz — trzy z nich przedstawiają chorobę wręcz jako czynnik, który zniszczył idyllę. Kinga z przyjemnością opisuje swój udział w tworzeniu ogniska domowego, ciepłe relacje z bliskimi i po chwili dodaje, że nawrót jej choroby negatywnie wpłynął na atmosferę panującą w rodzinie.

Wszystko mi wychodziło — od porządków po gotowanie, po pranie, po zakupy, po wszystko. A dzisiaj już sobie nie radzę. Ja zawsze wychodziłam z inicjatywą, Zawsze nasz dom to była taka oaza radości, śmiechu. Z chwilą, gdy ja zachorowałam... Po prostu przez moją chorobę jest zachwiana cała rodzina. Jak ja kogoś kiedyś pocieszałam, to dzisiaj mnie trzeba pocieszać. Cierpią przez to córki i wnuki, bo nie jestem w stanie tak się poświęcić, jak byłam zdrowa. Ja sama siebie nie lubię w tym stanie.

Również Maria opisuje swój udział w tworzeniu serdecznych relacji wśród domowników, do czasu gdy pojawił się epizod choroby.

Jak jestem zdrowa, to my sobie tak ładnie mówimy. Mówię „mężuniu kochanie, Basia, nigdy Baśka, Gosia nie Gośka”. Wnuki kocham bardzo.

Barbara, sięgając pamięcią do okresu sprzed choroby, zwraca uwagę na swoją aktywność towarzyską, która stanowiła ważny element jej tożsamości, na radość czerpaną z kontaktu ze znajomymi. Wszystko to zaniknęło, gdy pojawiła się choroba.

Wcześniej chodziłam na Uniwersytet Trzeciego Wieku, z koleżanką na spacer z kijkami. A potem nigdzie nie chodziłam, przedstawiałam utrzymywać kontakty z sąsiadami. Tak z nikim, nawet do sklepu nie chciałam iść, żeby się z nikim nie spotkać.

Choć Irena i Barbara z większym ożywieniem niż pozostałe uczestniczki badania powracają do myślenia o powrocie w pewnym zakresie do lubianych wcześniej aktywności i do pełnionych ról, to podobnie jak reszta badanych, odnoszą się do trudności z myśleniem o sobie w oderwaniu od aspektu ich życia, jakim jest depresja. Choroba, jej objawy, leczenie i konsekwencje stały się głównym tematem rozmyślań. Jadwiga mówi wręcz o fizycznym doświadczeniu przepełnienia myślami.

No po prostu nie mogę wyrzucić tej myśli z głowy. O chorobie i o chorobie, nawet teraz. Mnie się wydaje, że wszyscy na mnie patrzą i widzą tę chorobę. Ciągłe ona siedzi w tej głowie, jest taka pełna ta głowa. Nie mogę wyrzucić tej myśli, że jest choroba.

Podobnie Krystyna zapytana o sytuacje, w których nie myśli o tym, że choruje, nie jest w stanie przypomnieć sobie takiego momentu.

Trudno mi sobie przypomnieć, kiedy ostatnio nie myślałam o chorobie, cały czas miałam na uwadze to, że jestem chora.

Irena mówi o tym, jak ważną rolę temat depresji odgrywa w jej kontaktach z innymi pacjentami — wokół niego gromadzi się wsparcie, udzielanie sobie nawzajem otuchy. Podobnymi refleksjami dzielą się wszystkie badane poza Marią.

Tutaj na oddziale rozmawiałam z osobami, które w podobnej sytuacji co ja, są. Wzajemnie się wspieraliśmy, doradzaliśmy sobie. Mówiliśmy, że jednemu to dokucza, drugiemu to, dlaczego to jeszcze trwa...

Wydaje się, że w obliczu zaniknięcia czy znacznego ograniczenia możliwości aktywnego wypełniania rozmaitych obszarów codziennego funkcjonowania, depresja stała się jednym z ważniejszych aspektów życia, z którym badane się utożsamiają.

2. Depresja jako jeden z aspektów, wokół których zorganizowane jest myślenie o przyszłości

Badane, fantazując o przyszłości, zdają się balansować między ogromnym lękiem przed cierpieniem i samotnością a nadzieją na wyzdrowienie utożsamiane niekiedy

z powrotem do pełnej sprawności i aktywności (w momencie badania jedynie Jadwiga była pochłonięta wyłącznie pesymistycznymi myślami na temat przyszłości).

Kinga zdaje się momentami oczekiwać od siebie powrotu do takiego samego stanu, w jakim była, zanim zachorowała — szczególnie, że raz już się to udało. Do tych myśli dołącza się jednak lęk, że nie będzie on możliwy.

Może jeszcze trochę i mnie też się cofnie ta czarna dziura z przede mnie i wezmę się za obowiązki tak jak przed chorobą. Kiedyś wyszłam z tej choroby na całe lata, jeszcze do pracy wróciłam po pierwszym epizodzie, przecież jeszcze pracowałam tyle lat. Ale dalej z takim strachem myślę o przyszłości, jak sobie poradzę, jak wyjdę stąd. Czy wskoczę w swoje obowiązki tak jak to robiłam przed chorobą.

Podobnie Wanda wyczekuje dnia, w którym wyzdrowieje i znowu będą ją cieszyły takie zajęcia jak dawniej.

Wtedy myślę, że ja też się kiedyś poczuję lepiej, że będę mogła siąść w domu, brać się za zajęcia. A mam ich dużo, ugotować, posprzątać, zakupy.

Tym rozmyślaniami o przyszłości, jaka czeka Wandę po zakończeniu leczenia w szpitalu, towarzyszy jednak również lęk przed tym, co jest niezależne od choroby — brakiem codziennej obecności bliskich osób.

Zastanawiam się, jak sobie poradzę, jak wrócę do domu. Bo oni się pobudowali, oni pójdą, a ja zostanę sama. Syn będzie przyjeżdżał, bo to bliźniutko, 5 minut. Ale on pracuje, więc dziennie będzie u siebie.

Maria wspomina czasy, w których miała siłę i motywację, by pomagać innym i marzy, by ta siła do niej wróciła.

Ja jestem od początku przyzwyczajona do pracy. Byłam bardzo ambitna, pracowałam z ciężko chorymi dziećmi. Ja bardzo dużo pracowałam, ja taka aktywna byłam. Teraz mam bardzo ciężką tą depresję, a chciałabym być zdrowa, pomagać.

Wnosi jednak także temat smutku, który zdaje się w naturalny sposób wynikać z osamotnienia.

Córka przepiękny dom wybudowała sobie, trzeba będzie do niej podjeżdżać, a to na takiej górze. A ja nie mogę pod górkę. Jak wyjeżdżają, to mi jest tak smutno, pusto.

Beata wspomina czasy, kiedy pomimo nawracających kryzysów psychicznych dawała sobie radę.

W ciągłym ruchu, ciągle pracowałam, łykałam lekarstwa i w ciągłym ruchu, do emerytury dopracowałam. Tak, możliwe, że jakbym miała

zdrowie i bym pracowała, to inaczej bym się czuła, bo ciągle by się coś działo. Jakieś zajęcia mi są potrzebne, żeby się czymś zajęła.

Badane niekiedy dochodzą także do myśli o akceptacji tego, że przyszłość może być niejednorodna i mieć różne odcienie. Irena myśli z nadzieją o powrocie do domu, ale uwzględnia możliwość, że okres po wyjściu ze szpitala będzie wymagał dużego wysiłku.

Teraz będzie taki okres trudny, jak pójdę do domu, ale stawię temu czoło. Jestem sama, męża nie ma, więc muszę sama dbać o mieszkanie.

Kinga kończy rozmowę refleksją na temat łagodniejszego spojrzenia na siebie.

Może trzeba po prostu zaakceptować chorobę, jeśli nie ma możliwości jej wyeliminować i nauczyć się z nią żyć. Taki kompromis. Nie tak wszystko jak ja do tej pory na ostrzu noża, musiałam mieć wszystko związane na ostatni guzik, wszystko. Widocznie psychika nie wytrzymała dłużej tego rygoru i po prostu się załamalam. Lżej, tak inaczej, odpuścić sobie to, co nie dam rady.

3. Depresja jako regulator relacji interpersonalnych

Choć badane obwiniają się za negatywny wpływ choroby na dobrostan rodziny, to utożsamianie się z depresją zdaje się stwarzać u wszystkich kobiet przestrzeń do zauważenia troski okazywanej przez bliskich. Wanda z radością podaje przykłady przejawianego przez nich zainteresowania jej samopoczuciem.

Wnuczka odwiedziła mnie. Bardzo miło było, nawet mi niespodziankę zrobiła. W ogóle jak dzwonią, to też serdecznie, interesują się, pytają „czy ci lepiej?”, „ile jest lepszych godzin?”.

W przypadku Beaty pogorszenie spowodowane depresją było bodźcem do kilkutygodniowego pobytu u rodziny.

Miałam takiego doła, przeleżałam święta w ogóle. Po południu wstałam, córka mnie zabrała do siebie, syn dojechał, wnuki i tak spędziliśmy święta. I ona powiedziała, że mnie nie wypuści z domu, dopóki nie wyjdę na taką prostą, że wstanę i sama pojedę autobusem.

Doświadczenie depresji stało się dla większości badanych (jedynie Maria nie wnosi tego wątku) również płaszczyzną do satysfakcjonującego kontaktu z rówieśnikami. Beata poszukuje przyczyny znacznej poprawy samopoczucia w obecności innych pacjentów wokół.

Wszystko mi tu pomaga — otoczenie, budzę się i nie jestem sama. To do tej pani się odezwę, do tej. Czytam książki, gazety, na spacerach chodzę. Odmieniło mi się w szpitalu. To że nie jestem sama.

Wnioski

Integrowanie własnej tożsamości w obliczu wszystkich zmian, jakie zachodzą w okresie starzenia się, stanowi poważne wyzwanie dla osób w podeszłym wieku [34]. Jak zauważa Śleszyński [10], integracja ta może być szczególnie zagrożona w sytuacji, gdy przestaje być możliwe pełnienie roli społecznej, z którą dana osoba do tej pory identyfikowała się i utożsamiała. Wydaje się, że w takim trudnym położeniu znalazły się nasze rozmówczynie. Analiza ich doświadczeń pozwoliła wyodrębnić trzy obszary ich trosk. Pierwszy obszar „Zmaganie się z depresją jako ważny aspekt tożsamości” ukazuje powiększający się obszar pustki po pełnionych do tej pory rolach i podejmowanych aktywnościach. Tym, co pełni z kolei aktualnie centralny punkt rozmyślań i podejmowanych działań jest depresja i jej leczenie. Kobiety relacjonują, że są tym tematem całkowicie pochłonięte, wydaje się, że wręcz utożsamiają się z chorobą. Być może dzieje się tak właśnie w odpowiedzi na utratę możliwości spełniania się w rolach małżeńskich, rodzicielskich, zawodowych. W takim ujęciu identyfikacja z chorobą stanowiłaby paradoksalnie ochronę przed dezintegracją, zniknięciem w obliczu nieodwracalnych przemian.

Uwagę zwraca idealizowanie przez badane kobiety własnej przeszłości. Zdaniem wielu z nich fakt zachorowania zmącił harmonijny dotąd bieg życia. Nasze rozmówczynie kontrastują swój aktualny niezadowolający stan z licznymi zaletami czy umiejętnościami, które ich zdaniem charakteryzowały je dawniej i charakteryzowałyby nadal, gdyby nie choroba. Przeszłość — choć w przypadku niektórych kobiet naznaczona pierwszymi epizodami depresji — we wspomnieniach występuje jako okres, w którym miało się siłę, by wszystkiemu sprostać. Takie sięganie po idealizację może zdaniem Varchevkera [35] chronić przed zbytnim zbliżeniem się do bolesnych aspektów rzeczywistości, z którymi trudno się pogodzić — jej zmiennością i przemijalnością. Być może tak jest i w przypadku naszych rozmówczyń.

Jak widać w drugim wyodrębnionym przez nasz obszarze „Depresja jako jeden z aspektów, wokół których zorganizowane jest myślenie o przyszłości”, badane niekiedy z ostrożnością opracowują w myślach wizję powrotu do samodzielnego codziennego funkcjonowania, w którym można oczekiwać dobrych i złych chwil. Innym razem przyszłość napawa je lękiem i niepewnością, a choroba jawi się jako główna przyczyna niekorzystnych zmian. Wtedy pojawiają się fantazje, że jeśli uda się wyzdrowieć, to możliwy będzie powrót do formy sprzed zachorowania. Taki nieświadomy zabieg mógłby pozwalać na utrzymanie wizji siebie nieskorygowanej o następstwa mijającego czasu — prężność, zaradność są oddzielone od aktualnego stanu jedynie granicą diagnozy. Oczywiście ma to wiele konsekwencji. Z jednej strony pogrążenie się w myśleniu o chorobie może paradoksalnie dawać ulgę — jest na nią lekarstwo, co niesie nadzieję na odwracalność biegu zdarzeń i powrót do młodości. Jeśli przeszłość nie ofiarowała wystarczająco silnego oparcia i stałości, które mogłyby zostać uwewnętrznzone w symbolicznej formie [11], może pojawić się pragnienie, by wrócić do niej dosłownie w rzeczywistości — być znowu młodym. Niestety, o ile sięganie w wyobraźni do poprzednich etapów życia może dawać ulgę i stanowić podporę sprzyjającą rozwojowi, to może też zostać wykorzystane do wycofania się i zablokowania możliwości osiągnięcia kolejnego etapu rozwojowego [35, 36]. Zaprzeczenie przemijalności i związane z tym zaprzeczenie utratom i niespełnionym zamiarom, może

prowadzić do unikania życia czy wręcz żałowania go sobie. Autostygmatyzacja, chroniąc przed konfrontacją z rzeczywistością, która przemija, może być paradoksalnie rozumiana jako forma odbierania sobie życia.

Trzeci obszar zarysowany na podstawie analizy wypowiedzi naszych rozmówczyń „Depresja jako regulator relacji interpersonalnych” odsyła do relacji międzyludzkich w kontekście chorowania na depresję. Towarzystwo innych czyni codzienność nie tylko znośną, ale niekiedy wręcz miłą, przynoszącą zarówno radość, jak i wspólną zadumę nad troskami. Autostygmatyzację można rozumieć tu jako rodzaj wołania — choroba staje się osią, wokół której zaczyna się kumulować kontakt z bliskimi. Skupienie uwagi na chorobie, która jest powszechna i dotyka osób w różnym wieku (a nie na starości, która bywa niezauważana także przez młodszych, unikających stawienia czoła rzeczywistości, na którą nie ma się wpływu) daje nadzieję na pozyskanie obecności innych. Tak też się dzieje — rodzina daje wsparcie, interesuje się zmianami w nastroju, nie porzuca. Paradoksalnie narzucona przez starszy wiek samotność, widoczna w obszarze „Depresja jako jeden z aspektów, wokół których zorganizowane jest myślenie o przyszłości” staje się w takich chwilach mniej dotkliwym problemem. Ta przewrotna relacja uwidacznia się również w kontekście hospitalizacji. W opowieściach większości badanych szczególnie wybrzmiewa uzdrawiająca rola kontaktu z innymi pacjentami. Grupa rówieśnicza daje możliwość ujawniania trudnych przeżyć związanych z traceniem vitalności. Troski, lęki, niepokoje właściwe dla danego okresu życia mogą być podzielone z innymi, którzy także znajdują się na tym etapie życia [37].

Rekomendacje dla praktyki

Widoczna w obszarze „Depresja jako regulator relacji interpersonalnych” chęć i gotowość osób starszych do dzielenia się opowieścią o swoim życiu z innymi została zaobserwowana już przez wielu badaczy (np. Bańburę i Opoczyńską-Morasiewicz, Draaismę; Merrill i Fivush; Tokarską) [38–41]. Projektując aktywności przeciwdziałające autostygmatyzacji warto skorzystać z tej naturalnie przychodzącej drogi do introspekcji i ekspresji. Na ogromną wagę stworzenia starszym osobom przestrzeni do sięgnięcia pamięcią do przeszłości i objęcia refleksją własnych doświadczeń zwraca uwagę Tokarska [41]. Snucie narracji na temat swojego życia w obecności uważnych słuchaczy może dać ukojenie i radość, a ostatecznie otworzyć także na kontakt z tym, co w przeszłości było trudne, bolesne i do tej pory nieodżałowane. Być może na tym gruncie wyrośnie gotowość do dostrzeżenia tego, co Frankl [42] opisuje jako „dokonane czyny, przeżyte miłości, wreszcie cierpienia, które [człowiek] zniósł z odwagą i godnością [...] wykorzystane szanse, wypełnione sensy, zrealizowane wartości” [42, str. 147–148]. W następstwie takiego spojrzenia na przeszłość może pojawić się także przestrzeń na fantazjowanie na temat przyszłości z większą elastycznością i otwartością na rozmaite perspektywy — to daje nadzieję na dalsze życie, któremu można nadawać sens i znaczenie [41].

Próbie ujmowania swojego życia w narrację może także sprzyjać umacnianie swojego poczucia tożsamości, która, jak przypominają Dyga i Opoczyńska-Morasiewicz [43], jest „procesem, a nie raz osiągniętym stanem” [43, str. 19]. Łączenie swoich przeszłych prze-

żyć oraz integrowanie ich z aktualnymi doświadczeniami i wyobrażeniami o przyszłości może umocnić w poczuciu, że pomimo zmian, utrat, nawracających epizodów choroby, „pozostaje się sobą”, jak powie Quinodoz [34, s. 45] — „nie będąc stale tą samą osobą”.

Wyniki przedstawione w obszarze „Depresja jako regulator relacji interpersonalnych” sugerują, że dla niektórych osób szczególnie optymalna może być grupowa forma spotkań. U innych natomiast myślenie o interakcjach społecznych może wywoływać lęk przed odrzuceniem albo przed utratą ważnych aspektów własnej tożsamości [44]. Strach, że nie będzie się zobaczonym — uznanym i docenionym, może dominować nad pragnieniem podzielenia się swoim życiem z innymi. W takiej sytuacji wystarczający może być indywidualny kontakt z psychologiem, terapeutą czy lekarzem, towarzyszącym opowieści o minionym, teraźniejszym i przyszłym życiu.

Przed specjalistami staje wyzwanie, by powstrzymać się od narzucania tego, czym „należy” zastąpić takie strategie, jak autostygmatyzacja. Jak proponują Yalom i Leszcz [45], w obliczu nieuchronnego terapeuty może być — czyli przyjmować od innego dar mowy. Zamiast próbować zamienić myśli autostygmatyzacyjne na afirmujące, może rozpoznać kryjące się za tymi pierwszymi pragnienia i nadzieje. Temu rozpoznaniu powinno towarzyszyć wspieranie starań o integrację wszystkich czasów, którymi jesteśmy.

Ograniczenia i wskazanie obszarów do dalszego namysłu

Dalsza eksploracja podjętego przez nas zagadnienia może mieć bardzo duże znaczenie dla tworzenia adekwatnych form pomocy. Warto poszerzać rozumienie zjawiska autostygmatyzacji towarzyszącej starszym osobom chorującym psychicznie, tego, co ją wzmacnia, co osłabia, a przede wszystkim, jakie jest jej znaczenie. Przy projektowaniu dalszych studiów z pewnością warto rozważyć poniższe refleksje nad ograniczeniami naszych dotychczasowych badań.

Wpływ na przebieg badania mogła mieć duża różnica wieku między badanymi a badaczkami. Rozmowy o chorobie, utracie i starości mogły być nieco trudniejsze w towarzystwie młodych kobiet, niebędących pacjentkami. Nie należy wykluczać roli takich uczuć, jak np. wstyd, które mogły utrudniać proces swobodnego mówienia. Jednocześnie różnica wieku może jawić się jako zaleta i nadzieja dla badanych kobiet — że młodsze pokolenie jest zaciekawione ich głosem, że został „przywrócony” ład, gdy młoda kobieta słucha starszej, by samej się czegoś nauczyć. Ponadto kobiety udzielające wywiadów były jednocześnie pacjentkami grupy terapeutycznej oraz terapii zajęciowej prowadzonych przez dwie badaczki. Taka sytuacja zdawała się wpływać na badane kojąco: rozmawiały z osobami sobie znanymi, którym mogły ufać — nasze doświadczenie i obserwacje licznych badań w Szpitalu Uniwersyteckim wskazuje, że pacjenci wolą rozmowy z osobami znajomymi, choćby tylko z kontekstu leczenia.

Opisana powyżej relacja dwóch autorek oraz doświadczenie zawodowe w pracy psychoedukacyjnej i psychoterapeutycznej ugruntowanych w myśli psychoanalitycznej oraz egzystencjalnej z pewnością musiały mieć wpływ na analizę uzyskanych danych i formułowanie na jej podstawie wniosków i zaleceń. Jednak już u samych podstaw wybranej metody analizy leży założenie, że wypowiedzi badanych są przekładane przez

badaczy na słowo pisane, a następnie parafrazowane w interpretacji. Ta jest próbą snucia domysłu, odczytania sensu, a więc nie ma statusu wniosku: tak jest, ale raczej: tak być może, w świetle przesłanek — do tych nie należą tylko dostarczone w badaniu dane, ale też wiedza, której badacz przeprowadzający badanie zapomnieć nie może.

Podsumowanie

Autostygmatyzacja przejawiana przez badane kobiety zdaje się mieć wiele znaczeń. Chroni je przed konfrontacją z przemijalnością, daje nadzieję na przyszłość, przybliża do innych ludzi. Wypełnia pustkę, której obszar rośnie wraz ze starzeniem się. Jest więc, naszym zdaniem, nie tylko zachowaniem, które trudno znieść, ale także komunikatem, skierowanym do tych, którym daje się we znaki. Rozpoznanie w autostygmatyzacji znaczącej formy zachowania, sprzyjać może uważnej komunikacji z dotkniętymi nią seniorkami. W jej świetle ukazują się bowiem one jako osoby próbujące zachować integralność w obliczu wyzwań, stawianych przed nimi przez przemijanie. Uznanie autostygmatyzacji za znaczącą, a w konsekwencji cenną formę przystosowania, stwarza grunt do odnajdywania mniej kosztownych sposobów na przeżywanie tego, co nieuchronne.

Piśmiennictwo

1. De Masi F. Kres istnienia. Psychoanalityczne rozważania o przemijalności. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2020.
2. Stein J, Baer JM, König HH, Angermeyer M, Riedel-Heller SG. Social loss experiences and their association with depression in old age—results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Psychiatr. Praxis* 2019; 46(3): 141–147.
3. Erikson EH, Erikson JM. The life cycle completed. Nowy Jork: Norton & Company; 1998.
4. Schachter-Shalomi Z, Miller RS. From age-ing to sage-ing. Nowy Jork: Time Warner Books; 1998.
5. Bugajska B. Dziewiąta faza cyklu życia — propozycja rozszerzenia teorii psychospołecznego rozwoju E.H. Eriksona. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*. 2015; 1(9), 19–36.
6. Cruikshank M. Aging and identity politics. *J. Aging Stud.* 2008; 22(2): 147–151.
7. Moody HR. Getting over the denial of aging. *The Hastings Center*. 2007; 37(5): 44–45.
8. Szarota Z. Uczenie się starości. *Edukacja Dorosłych* 2015; (1): 22–35.
9. Levy BR. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J. Geront. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2003; 58(4): 203–211.
10. Śleszyński, D. Wędrówka doświadczenia: podejście fenomenologiczne i egzystencjalne. Białystok: Trans Humana. Wydawnictwo Uniwersyteckie; 1998.
11. Kristeva J. Czarne słońce. Depresja i melancholia. Kraków: Universitas; 2007.
12. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A i wsp. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Brit. J. Psychiatry* 2008; 192: 98–105.
13. Gatz M, Fiske A. Aging women and depression. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 2003; 34(1): 3–9.

14. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1(1): 16–20.
15. Conell J, Lewitzka U. Adapted psychotherapy for suicidal geriatric patients with depression. *BMC Psychiatry* 2018; 203 18 DOI: doi.org/10.1186/s12888-018-1775-y
16. Bańbura A, Kowara K, Opoczyńska-Morasiewicz M. Chorowanie na starość. Interpretacyjna analiza fenomenologiczna doświadczenia bólu psychicznego w relacjach społecznych kobiet w wieku senioralnym dotkniętych depresją i chorobą afektywną dwubiegunową. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2020; 16(1): 186–201.
17. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN — Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *J. Affect. Dis.* 2010; 129(1–3): 56–63.
18. Werner P, Stein-Shvachman I, Heinik J. Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *Int. Psychogeriatr.* 2009; 21(6): 1180–1189.
19. Holm AL, Lyberg A, Severinsson E. Living with stigma: depressed elderly persons’ experiences of physical health problems. *Nurs. Res. Pract.* 2014; 1–8.
20. Tanaka K. Depression-linked beliefs in older adults with depression. *J. Clin. Nurs.* 2019; 29(1–2): 228–239.
21. Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL, Roe D, Lysaker P. Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatr. Reh. J.* 2015; 38(2): 171–178.
22. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can. J. Psychiatry* 2012; 57(8): 464–469.
23. Rüsch N, Corrigan PW, Todd AR, Bodenhausen GV. Implicit self-stigma in people with mental illness. *J. Nervous Ment. Dis.* 2010; 198(2): 150–153.
24. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Marackova M, Grambal A, Slepecky M. Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016; 12: 2677–2687.
25. Kurzban, R., Leary, M. R. Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol. Bull.* 2001; 127(2): 187–208.
26. Gilbert, P. *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Routledge; 2014.
27. May R. *The discovery of being: Writings in existential psychology*. New York: Norton; 1994.
28. Opoczyńska-Morasiewicz M. *Dialog Innych albo inne monologi: przypisy do psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2018.
29. Husserl E. *Kryzys europejskiego człowieczeństwa a filozofia*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacja Aletheia; 1993.
30. Opoczyńska-Morasiewicz M, Morasiewicz J. Etyka i psychoterapia. *Psychoter.* 2020; 4(175): 21–34.
31. Pietkiewicz I, Smith JA. Practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychol. J.* 2014; 20(1): 7–14.
32. Smith JA. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychol. Rev.* 2011; 5(1): 9–27.
33. Edwards-Jones A. Qualitative data analysis with NVIVO. *J. Educ. Teach. Int. Res. Pedag.* 2014; 40: 193–210.
34. Quinodoz D. *Starzenie się — przygoda życia, które trwa*. Tłumaczenie: Kaczorowska-Korzniańkow. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.

35. Varchevker A. Żaloba w wieku podeszłym: perspektywy rozwojowe. W: Musiał M, red. *Znie-nawidzony obiekt miłości. Psychoanalityczne studia nad depresją*. Gdańsk: Oficyna Imago; 2020, s. 232–259.
36. Dresner O. „Żaloba i utrata w cyklu życia” na podstawie Księgi Rut. *Psychoanaliza i Sztuka* 2010; 1: 23–33.
37. Garland C. O grupach. Tom 1. *Psychoanalityczna terapia grupowa — teoria i praktyka*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
38. Bańbura A, Opoczyńska-Morasiewicz M. Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie i jak jej przeciwdziałać: analiza wypowiedzi osób starszych. *Psychiat. Pol.* 2020; 54(4): 807–820.
39. Draaisma D. *The nostalgia factory: Memory, time and ageing*. Londyn: Yale University Press, 2013.
40. Merrill N, Fivush R. Intergenerational narratives and identity across development. *Develop. Rev.* 2016; 40: 72–92.
41. Tokarska U. Forwards via backwards. Narrative foreclosure prevention. W: Tokarska U, red. *Applied psychology of time*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2016, s. 147–158.
42. Frankl VE. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Tłumaczenie: Wolnicka A. Warszawa: Czarna Owca; 2012, s. 147–148.
43. Dyga K, Opoczyńska-Morasiewicz M. Tożsamość osób z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Psychoter.* 2020; 1(192): 5–25.
44. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PloS One.* 2015; 10(2): e0116664.
45. Yalom ID, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa: teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005, s. 92.

Adres: anna.banbura@doctoral.uj.edu.pl